

Geleerd in de eerste lijn

Citation for published version (APA):

Crebolder, H. F. J. M. (2002). *Geleerd in de eerste lijn: Rede uitgesproken bij het afscheid als hoogleraar Huisartsgeneeskunde door Prof. dr. HFJM Crebolder*. (1 ed.) Universiteit Maastricht.

Document status and date:

Published: 07/06/2002

Document Version:

Publisher's PDF, also known as Version of record

Please check the document version of this publication:

- A submitted manuscript is the version of the article upon submission and before peer-review. There can be important differences between the submitted version and the official published version of record. People interested in the research are advised to contact the author for the final version of the publication, or visit the DOI to the publisher's website.
- The final author version and the galley proof are versions of the publication after peer review.
- The final published version features the final layout of the paper including the volume, issue and page numbers.

[Link to publication](#)

General rights

Copyright and moral rights for the publications made accessible in the public portal are retained by the authors and/or other copyright owners and it is a condition of accessing publications that users recognise and abide by the legal requirements associated with these rights.

- Users may download and print one copy of any publication from the public portal for the purpose of private study or research.
- You may not further distribute the material or use it for any profit-making activity or commercial gain
- You may freely distribute the URL identifying the publication in the public portal.

If the publication is distributed under the terms of Article 25fa of the Dutch Copyright Act, indicated by the "Taverne" license above, please follow below link for the End User Agreement:

www.umlib.nl/taverne-license

Take down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us at:

repository@maastrichtuniversity.nl

providing details and we will investigate your claim.

Geleerd in de eerste lijn

Rede

in verkorte vorm uitgesproken bij het afscheid als
hoogleraar Huisartsgeneeskunde
aan de Faculteit der Geneeskunde van de Universiteit Maastricht

op vrijdag
7 juni 2002

door

Prof. dr. HFJM Crebolder

Met dank aan: Marlies Noevers

Geleerd in de eerste lijn

Mijnheer de rector magnificus, dames en heren.

Het is dertig jaar geleden dat ik mij in Venlo als huisarts vestigde en deelnam aan de oprichting van het gezondheidscentrum Withuis. Dat was een fascinerende periode waarin tegen de stroom moest worden opgeroeid. Kenmerken van het centrum zijn: samenwerking van beroepsbeoefenaren in de eerstelijns gezondheidszorg ten behoeve van een populatie van 10.000 patiënten, en een scheiding van ondersteunende en inhoudelijke functies. Kortom, een moderne voorziening zoals die thans bepleit wordt in de conceptnota toekomstvisie van het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) en de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV) ¹. Die opzet en omvang bieden volop gelegenheid om naast goede zorg, te participeren in onderwijs en onderzoek. Inmiddels is het Withuis een van de Extramurale Academische Werkplaatsen (EAW's) van de Universiteit Maastricht.

Geleerd heb ik dat een dergelijke voorziening de voorwaarden schept om krachtig te participeren in de keten van zorginstellingen. En dat is voor de toekomst van de eerste lijn van groot belang.

Het is vijftien jaar geleden dat ik hier stond en mijn oratie "Te leer in de eerste lijn" uitsprak ². Vandaag wil ik verantwoording afleggen en een aantal observaties met u delen. De titel luidt dan ook: "Geleerd in de eerste lijn". Een titel met diverse lagen. Wat heb ik zelf geleerd? Wat kan er geleerd worden in, van en over de eerste lijn? En hoeveel geleerdheid gaat daar nu eigenlijk schuil? De eerste laag, over hetgeen ik zelf heb geleerd, komt impliciet aan de orde, de overige lagen explicieter.

Mijn oratie was geplaatst in de context van de missie van deze faculteit en universiteit, zoals verwoord in de basisfilosofie, stammend uit 1972 ³. Vandaag is deze missie bij velen onbekend en bij sommigen - vrees ik - zelfs onbemind. Gesteld werd dat 'de faculteit onderzoekend en experimenterend denkt bij te dragen aan een zo goed mogelijke structuur en werkwijze van de gezondheidszorg'. Daarmee werd de gezondheidszorg het primaire uitgangspunt voor de basisfilosofie. Integratie van onderwijs en gezondheidszorg werd noodzakelijk geacht, evenals vroegtijdige deelneming aan de gezondheidszorg door studenten. De onderlinge integratie van de afzonderlijke echelons diende aan de orde te komen. Binnen het kader van toegepast medisch onderzoek werd voorgesteld epidemiologisch onderzoek te verrichten naar het morbiditeitspatroon van de regio.

Er werd gekozen voor probleemgestuurd onderwijs en de ontwikkeling van de eerstelijns gezondheidszorg. Gesproken wordt over teamvorming van de arts met niet-medisch deskundigen, de ontwikkeling van groepspraktijken en de bouw van gezondheidscentra, eerstelijns voorzieningen derhalve. Het document is nog steeds actueel en visionair.

Veel aandacht is bij de viering van het 25-jarig bestaan van deze instelling gegeven aan de onderwijsvernieuwing, getuige het eredoctoraat toegekend aan H.S. Barrows, de 'godfather' van het probleemgestuurd onderwijs. Maar, met geen woord is gerept over de verworvenheden met betrekking tot de eerste lijn. Zijn die er dan niet, vraag je je af? Ja, die zijn er, zeg ik u, en niet zo weinig ook. Vooral daarover gaat mijn verhaal.

Bij de debatten over de inrichting van de gezondheidszorg in deze regio, heeft de oprichting van een academisch ziekenhuis en het gebruik maken van de reeds aanwezige voorzieningen geleid tot tegenstellingen waarvan de negatieve effecten soms nog bespeurbaar zijn. In feite ging het om een valse antithese, temeer daar het academisch ziekenhuis Maastricht (azM) tevens als streekziekenhuis functioneert. Al eerder is aangetoond dat een goed functionerend ziekenhuis een voorwaarde is voor een goed functionerende eerste lijn ⁶. Beide partijen, en niet het minste patiënt, hebben baat bij een synthese, bij een echelonoverstijgende denken en werkwijze. Dat betekent, dat op een evenwichtige en samenhangende wijze gebruik gemaakt wordt van de intra- en extramurale voorzieningen. Daarvoor is het begrip transmuraal geïntroduceerd. Ik kom daar later op terug.

Wat is kenmerkend voor de eerste lijn?

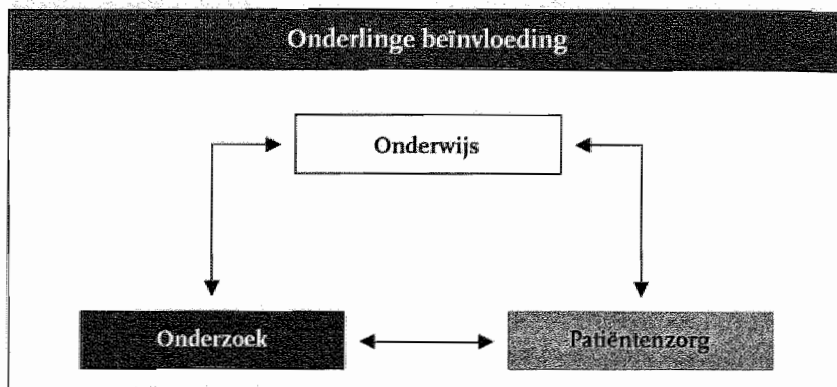
De huisarts en de andere beroepsbeoefenaren in de eerste lijn opereren op het grensvlak van zelfhulp en professionele hulp, twee referentiekaders, dat van de 'leek' en dat van de professional. Om die verschillende referentiekaders te begrijpen en te verzoenen werd gesproken van het medische en sociale model. In het medisch model gaat het om het vaststellen van een 'ziekte' met oorzaak, verschijnselen, beloop en diagnose die voert tot een therapeutische of preventieve actie. Een reductionistische benadering. Bij het sociale model staat de mens als sociaal gevormd of vervormd wezen centraal, deelnemend aan en invloeden ondergaand van maatschappelijke structuren en processen ⁷. In plaats van het sociale model, gebruiken we tegenwoordig het begrip 'context'. Kenmerkend voor de eerste lijn is de contextuele benadering van de klacht of het probleem. Bijvoorbeeld: een patiënt is in het ziekenhuis uitbehandeld, maar of de zorg in de thuissituatie kan worden

voortgezet hangt erg af van de draaglast en draagkracht van die thuissituatie.

Er is sprake van een nieuw, alomvattend model de zogenaamde 'complexity science' ⁸⁻¹¹. Complexity science erkent de grote verworvenheden van de huidige reductionistische benadering in de geneeskunde, maar wijst tegelijkertijd op de beperkingen ervan zoals de onmogelijkheid om op basis van 'evidence' verkregen uit onderzoek van groepen, te voorspellen wat er gebeurt met het individu. Want die is in hoge mate afhankelijk van en beïnvloed door de context. "Het tekort aan voorspellende kracht van de huidige medische modellen is dan ook niet zozeer een gevolg van een tekort aan door onderzoek verkregen gegevens, maar van een manier van kijken die recht doet aan het gedrag van complexe systemen zoals het individu, het gezin en de huisartspraktijk". "Het model geeft ook beter dan tot nu toe een plaats aan kwalitatief onderzoek binnen de geneeskunde. De aloude ideeën over gezinsgeneeskunde en de integrale benadering van de patiënt passen daarin, ze zijn er zelfs een voorloper van" ⁸. Van Weel heeft de betekenis van de context voor het huisartsgeneeskundig handelen en de daaruit voortvloeiende consequenties voor de wetenschappelijke onderbouwing onlangs geanalyseerd ¹². "Ervan uitgaande dat ziekte en ziek-zijn in belangrijke mate 'sociale' constructen zijn - stelt hij -, ligt er een relatie met de leefwereld van de patiënt. Gezin, werk en woonomgeving behoren tot het kader waarbinnen ziekte en ziek-zijn zich ontwikkelen en afspelen, en het medisch handelen zich voltrekt". "In de principes van continue en integrale geneeskunde en gezinsgeneeskunde heeft de huisarts de context in het referentiekader voor zijn professioneel handelen opgenomen. Het is juist deze context die de complexiteit van het professioneel handelen bepaalt, en waaraan de speciale deskundigheid - het specialisme huisartsgeneeskunde - in belangrijke mate wordt ontleend".

De huisarts heeft het voorrecht betrokken te zijn bij hetgeen plaats vindt vanaf het begin van het leven tot aan de dood. Ik heb daar als persoon en medicus veel van geleerd. Vaak ben ik getroffen door het zeer grote vertrouwen van patiënten in hun arts. De invalshoek van de huisarts is niet zozeer de ziekte maar eerder de gezondheid en leefwijze van de patiënt. Zijn taak bestaat dan ook voor een groot deel uit uitleggen, vertalen en voorlichten. Van Leeuwen en Baggen spreken terecht over een gewogen oordeel, een verantwoord advies gerelateerd aan het leven van de individuele patiënt ¹³.

Tegen deze achtergrond kijk ik terug op mijn werkzaamheden en probeer ze een plaats te geven. De onderlinge beïnvloeding van onderwijs, onderzoek en patiëntenzorg (figuur) heeft mij steeds bezig gehouden en is de rode draad geweest bij het geven van leiding aan de vakgroep (capaciteitsgroep) huisartsgeneeskunde ⁴.



Achtereenvolgens bespreek ik dan ook: wetenschappelijk onderwijs en onderzoek, kwaliteit van zorg, patiëntenzorg en academische werkplaatsen, met een uitstapje naar huisartsenposten, en de toekomst van de huisartsgeneeskunde als geneeskundige discipline in de eerste lijn.

Wetenschappelijk onderwijs

Bij onderwijs gaat het eerder om leren dan onderwijzen. De nadruk dient te liggen op het leerproces van de student of de huisarts in opleiding. Er is veel bekend over determinanten die van invloed zijn op het leerproces. Zo weten we dat bij de overdracht van kennis het geven van colleges weinig effectief is. Na 15 minuten luisteren laat de concentratie te wensen over ⁵. Eigenlijk moet ik u ieder kwartier een anekdote vertellen. Maar daar begin ik niet aan.

Het bezit van kennis en vaardigheden ('competence') is maar in beperkte mate voorspellend voor het handelen in de praktijk ('performance') ⁶. Met andere woorden: je kunt het wel, maar dat betekent nog niet dat je het doet. De consequentie van dit gegeven is van aanzienlijk belang, zowel voor het medisch onderwijs als voor het onderzoek van onderwijs. Patiënt- en praktijkgebonden onderwijs is daarmee cruciaal voor het medisch onderwijs, en toetsing dient dan ook gekoppeld te zijn aan de praktijk van de gezondheidszorg ⁷.

De omstandigheden waarin het leerproces plaats vindt zijn bepalend voor de medische kennisverwerving. Deze verloopt immers volgens een aantal onderscheiden stadia. In eerste instantie staat de kennisverwerving vanuit de biomedische vakken voorop. Later komt de nadruk te liggen op de meer klinisch georiënteerde kennis. Om deze kennis in de praktijk toepasbaar te laten zijn, is een zodanige kennisreorganisatie nodig dat een omslachtig redeneren van klachten naar diagnose en interventie niet meer noodzakelijk is. Dit proces van het ontstaan van zogenaamde 'kennisnetwerken' of 'ziektescripts' wordt in belangrijke mate bevorderd door praktische ervaring ⁸. Door de ervaring met echte patiënten leert de student welke mensen wat voor soort aandoeningen kunnen krijgen en op welke verschillende wijzen die aandoeningen zich kunnen manifesteren. Studenten leren dus welke patiëntgebonden kenmerken samenhangen met welke ziekten. Patiëntgebonden onderwijs zal de omvorming van 'schoolse', theoretisch getinte kennis naar snel toepasbare praktische kennis vergemakkelijken. Daarbij is wel een vereiste dat de student zich de nodige kennis en vaardigheden heeft eigen gemaakt.

Deze onderwijskundige gedachtegang is leidraad geweest voor de bijdragen van onze vakgroep aan het curriculum ⁹. De positie wordt verder onderstreept door het generalistische karakter van de huisartsgeneeskunde, waardoor zij goed aansluit bij de algemene eindtermen van de artsopleiding ¹⁰. En voorts door het toenemende beroep op de zorg in de eerste lijn, waar 90 procent van de gepresenteerde aandoeningen en klachten wordt behandeld of afgehandeld, en de steeds korter wordende verblijfsduur in het ziekenhuis met als gevolg, veel meer voor- en

nazorg. In de opbouw van het curriculum dienen deze aspecten van de gezondheidszorg en patiëntenstromen dan ook weerspiegeld te zijn.

Als klinische discipline wordt door de vakgroep deelgenomen aan de multidisciplinaire planningsgroepen van de jaren drie en vier en aan het onderwijs in het skillslaboratorium. De belangrijkste bijdrage richt zich echter op het praktijkonderwijs. In het nieuwe curriculum concentreert zich deze zich rondom twee programma's: in jaar drie het adoptieprogramma gedurende 10 dagen, waarin de student als het ware door een huisarts wordt geadopteerd; en in jaar vijf het co-assistentenschap gedurende 10 weken. Het programma Oriëntatie Eerste Lijn (OEL) in het eerste jaar is tot ons verdriet voorlopig vervallen.

De leerervaringen in de eerste lijn vinden plaats in de samenleving, op het snijvlak van zelfzorg en professionele zorg. Voor veel studenten is dat een ervaring, die in hun beroepsleven niet meer terugkomt. Die community, die samenleving ligt buiten de collegezaal, buiten de reguliere onderwijsruimten en buiten de directe controle van de faculteit ²⁰. Voor de opleiding in deze praktijken is derhalve nauwe samenwerking met het 'veld' nodig.

Een andere consequentie is dat ieder onderwijsprogramma in zekere zin uniek is, omdat de vormgeving afhankelijk is van de lokale omstandigheden in iedere praktijksituatie. Het moge duidelijk zijn dat de aansturing van dit proces veel persoonlijke aandacht vraagt en grote communicatieve vaardigheden en persoonlijke aandacht van de staf vereist. Met ca 500 huisartsen worden per jaar separate afspraken gemaakt over hun aandeel in het onderwijs. Dat is het door ons zeer gewaardeerde en vitale netwerk van affiliatie-praktijken. De condities die nodig zijn om dit praktijkonderwijs te realiseren, worden nog eens extra op de proef gesteld door de toename van het aantal jaarlijks instromende studenten tot 300 of meer, de afnemende capaciteit bij de huisartsen en de sterk achterblijvende universitaire honorering. Ervaringen in de 'community' worden niet alleen in het eigen land opgedaan, maar ook in het buitenland. Vanuit de vakgroep is een mondiaal Primary Health Care (PHC) programma tot stand gekomen, waaraan jaarlijks 70 tot 80 studenten deelnemen.

Naar mijn mening zal de invulling van het nieuwe zesde jaar een extra uitdaging vormen. De ene helft van dat jaar is beschikbaar voor eigen wetenschappelijk onderzoek en de andere helft voor een klinische stage met een hoge mate van participatie en eigen verantwoordelijkheid. Een dergelijke stage in de huisartspraktijk moet beschouwd worden als de opmaat voor de huisartsopleiding.

In Nederland verkeren we in de gelukkige omstandigheid dat de huisartsopleiding

deel uit maakt van de universitaire structuur, hoewel de financiering vanuit verschillende bronnen geschiedt. Die inbedding biedt mogelijkheden om verbanden te leggen tussen het facultaire curriculum en het wetenschappelijk onderzoek enerzijds en de huisartsopleiding anderzijds. In het verkeer binnen onze eigen afdeling heeft dat geleid tot een reeks wederzijds bevruchtende interacties, zoals onderwijs in wetenschappelijk onderzoek aan de huisartsen in opleiding, gemeenschappelijk onderzoek van onderwijs en deelname van huisartsen in opleiding met interesse in onderwijs, aan de artsopleiding. De introductie van het nieuwe raamcurriculum van de huisartsopleiding kan op haar beurt veel waardevolle informatie opleveren voor het facultaire opleidingsprogramma.

Een bijzondere groep vormen de arts-in opleiding-tot-huisarts-onderzoeker (AIO-THO). Zij combineren de huisartsopleiding met een onderzoekstraject, hetgeen leidt tot een opleidingsduur van 6 tot 7 jaar ²¹. In Maastricht nemen nu 11 huisartsen-in-opleiding deel aan dit programma. Voor de opbouw van de wetenschappelijke staf van de vakgroep, de personele bezetting van de academische huisartspraktijken en de opvolging van mijn opvolger, is dit een veelbelovende groep.

Een punt van aandacht en zorg betreft de opbouw van de wetenschappelijke staf van de huisartsopleiding. Zonder afbreuk te doen aan het belang van de gedragswetenschappen, weerspiegelt deze de opvattingen en inzichten van de jaren zeventig, en is deze op dit moment te sterk vertegenwoordigd. Kijkend naar het ziektepatroon en de medische noden in onze samenleving, is mijns inziens een sterkere bijdrage van diverse medisch specialismen en paramedische beroepen gewenst.

Een actuele ontwikkeling, die zijn weerslag vindt in het onderwijs van de huisartsopleiding betreft de zogenaamde differentiatie ²². De ervaring heeft laten zien dat in groepspraktijken en gezondheidscentra bijna vanzelf een accentuering van professionele belangstelling ontstaat. Het blijkt wenselijk en nodig om binnen het generalisme van de huisartsgeneeskunde te streven naar te onderscheiden niveaus van klinische en methodologische expertise. Oogheekunde is daarvan een goed voorbeeld. Baggen heeft zich diepgaand in dit klinische deelgebied verdiept en getoond waar de grens ligt tussen hetgeen aan diagnostiek en therapie op een verantwoorde wijze in de eerste lijn gedaan kan worden ²³. Deze expertise is vertaald in een onderwijsprogramma waaraan inmiddels 260 huisartsen hebben deelgenomen. Een zelfde proces is nu gaande ten aanzien van klinische deelgebieden als diabetes mellitus, astma/COPD, hart-vaten, uro-gynaecologie, geestelijke gezondheidsstoornissen en palliatieve zorg. Maar ook methodologische benaderingen als

wetenschappelijk onderzoek, kwaliteitsbeleid, onderwijs en management behoren daartoe. Deze differentiaties krijgen geleidelijk een plaats in de huisartsopleiding en in de kaderopleiding van het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG), die beoogt huisartsen op te leiden tot deskundigen op regionaal en districtsniveau ²⁴. Zij kunnen optreden als docent, consulent en intermediair tussen eerste en tweede lijn. Hiermee wordt een krachtige impuls gegeven aan de kwaliteit van de huisartsgeneeskundige zorg en bovendien een carrière perspectief geboden aan ervaren huisartsen.

Een vertaling van gezondheidszorg en wetenschap naar onderwijs die nog moet plaats vinden betreft de transmurale zorg. Hieronder verstaan wij de gedeelde zorg tussen eerste en tweede lijn, tussen intra- en extramurale instellingen, voor de patiënt in zijn gang door het gezondheidszorgcircuit ²⁵. Dat circuit geldt voor dezelfde grote groepen patiënten met een chronische aandoening als vermeld bij de kaderopleiding.

Maar ook de acute zorg behoeft eveneens die vertaling naar onderwijs nu die voor een groot deel is ondergebracht in huisartsposten, in of nabij ziekenhuizen. Deze nieuwe werkplaatsen bieden uitgelezen kansen voor patiëntgebonden onderwijs.

Wetenschappelijk onderzoek

De missie van medisch wetenschappelijk onderzoek is het vermeerderen van kennis, van evidentie, die - als het even kan - toepasbaar is in de praktijk. De richting van het onderzoek en daarmee ook de methodologie, heeft in de voorbije dertig jaar een aanzienlijke wijziging ondergaan. Vanaf de zeventiger jaren werd de ondersteuning vooral geboden door de gedragswetenschappen sociologie en psychologie. In de negentiger jaren heeft het klinisch-geneeskundig onderzoek binnen huisartsgeneeskunde terecht meer aandacht gekregen. De huisarts als clinicus kwam weer op de voorgrond. De aan de eerste lijn aangeboden gezondheidsproblemen en de daaruit voortvloeiende behoefte aan zorg werden bestudeerd. Helder werd dat, juist waar in de feitelijke gezondheidszorg fragmentatie dreigt, het van belang is dat de onderzoeksthematiek zich blijft richten op het behouden en versterken van een geïntegreerde en generalistische aanpak ²⁶. De klinische epidemiologie en besliskunde bleken het benodigde instrumentarium te bezitten om dergelijke vraagstellingen te beantwoorden. Het begrip 'evidence based medicine' deed zijn intrede. Een internationaal aanvaard classificatie- en registratiesysteem voor de eerste lijn is ontwikkeld (ICPC), dat nu alom wordt benut voor omvangrijke epidemiologische studies ²⁷. Een voorbeeld van het gebruik daarvan als basis voor veel huisartsgeneeskundig onderzoek is het Registratie Net Huisartspraktijken (RNH). Dit is een 'on-line' netwerk van 21 huisartspraktijken in de facultaire regio met 56 huisartsen en een populatioenomer van circa 100.000 ingeschreven patiënten. Het verschaft een steekproefkader dat de informatie aanlevert voor talloze studies ²⁸. De praktijken die hieraan deelnemen vormen tevens de kern van het netwerk van academische huisartspraktijken. Ik kom daar later op terug.

Naast dit reeds meer dan tien jaar bestaand netwerk, is thans een tweede netwerk in oprichting in de praktijken van de Stichting Gezondheidscentra Eindhoven (SGE) ten behoeve van onderzoek naar de relatie tussen leefwijzen en de gezondheidssituatie van patiënten.

De combinatie van epidemiologie en systematische verzameling van gecomputeriseerde data heeft onze discipline in de voorste linies van de academie gebracht. Op die manier kon een consistent beeld beschreven worden van incidenties, prevalenties en interventies, en het beloop van ziekten in de tijd ²⁹. Uitdagingen voor de nabije toekomst zijn aan de ene kant het meetbaar maken van determinanten van zorgprocessen, de zogenaamde klinimetrie en aan de andere kant de betekenis van onze kennis van het genoom voor de dagelijkse praktijk. De tijd ontbreekt hier dieper op in te gaan.

Het besef is groeiende dat 'evidence based medicine' zijn beperkingen heeft. De studies waarop deze zijn gebaseerd bestaan veelal uit homogene populaties, terwijl complexe gevallen, zoals oudere patiënten met co-morbiditeit worden geëxcludeerd. En dat zijn juist de populaties waar de eerste lijn mee van doen heeft³⁰. Knöttnerus en Dinant introduceerden daartoe de term 'medicine based evidence' als vereiste voor 'evidence based medicine'. Het begrip 'experience based medicine', waarmee de ervaringskennis van de arts wordt weergegeven, is eveneens op te vatten als een onderdeel van het kennisgebied en kan derhalve uitgangspunt vormen van 'medicine based studies'³¹.

Om de verdere ontwikkeling van het extramurale en transmurale onderzoek te versterken en te accentueren is het vanaf 1995 georganiseerd in het onderzoeksinstituut voor Extramurale en Transmurale gezondheidszorg (ExTra) van de Faculteit der Geneeskunde. Dit instituut maakt naast HEALTH (The Maastricht Health Research Institute for Prevention and Care) van de Faculteit der Gezondheidswetenschappen, EMGO (Institute for Research in Extramural Medicine) van de Vrije Universiteit, NIVEL (Netherlands Institute of Primary Health Care) en KUN (Katholieke Universiteit Nijmegen, Vakgroep HSV) deel uit van de landelijke onderzoekschool CaRe (Netherlands School of Primary Care Research).

Met enige trots kan ik melden dat bij de beoordeling van het wetenschappelijk onderzoek als gevolg van de instituutsvorming de vakgroep het predikaat excellent toegekend kreeg door de Koninklijke Academie van Wetenschappen (KNAW)³².

Grofweg kan men stellen dat de meerwaarde van onderzoeksinstituten de multidisciplinariteit en de geconcentreerde aanwezigheid van methodologische kennis betreft. De vakgroepen zijn en blijven echter de academische hoeders van de eigen discipline, de bewakers van het eigen paradigma. Voorts zijn zij verantwoordelijk voor het 'human resource management' van degenen die daar hun thuisbasis hebben.

Een kwetsbare groep vormen de huisartsstafleden, met een takenpakket bestaande uit patiëntenzorg, onderwijs en onderzoek. Dat is een ingewikkelde formule vanwege het concurrerende tijdsbeslag en de al eerder genoemde achterblijvende universitaire honorering. Niettemin is deze groep voor de identiteit van de afdeling, het genereren van hypothesen, beoordelen van de relevantie van vraagstellingen en de inhoud van het onderwijs van eminente betekenis. Ondanks alle belemmeringen is een relatief groot aantal praktiserende huisartsen erin geslaagd te promoveren. Het merendeel van hen is werkzaam in de praktijken van het academisch netwerk. Er dient voor gewaakt te worden dat hun klinisch-

wetenschappelijke expertise beschikbaar blijft. Dat kan door hen in te zetten als adviseur in projectlijnen of door voortzetting van een carrière als onderzoeker in combinatie met werkzaamheden in de huisartspraktijk.

Mijn eigen bijdragen aan het onderzoek kwamen bijna steeds voort uit ervaringen, verbonden met thuiszorg en transmurale zorg.

Kwaliteit van zorg

Zowel de patiënt als de partijen betrokken bij de gezondheidszorg verwachten en verlangen zorg die kwaliteit heeft. Die vaststelling is eenvoudiger uitgesproken dan gerealiseerd door uiteenlopende opvattingen over de gewenste uitkomsten. Patiënten, dokters, onderzoekers, onderwijzers, zorgverzekeraars en overheid vullen die heel verschillend in. Denk maar aan begrippen als aardigheid en vaardigheid, kennistoename, kennisoverdracht, kosten en levensduur.

Onderzoek van en naar kwaliteit van zorg heeft zich in het voorbije decennium ontwikkeld tot een zelfstandig onderzoeksterrein en maakt deel uit van het onderzoeksinstituut ExTra en de onderzoeksschool CaRe. De specifieke expertise is ondergebracht in de Werkgroep Onderzoek Kwaliteit (WOK), een samenwerkingsverband tussen de Universiteit Maastricht, de Katholieke Universiteit Nijmegen en het Nederlands Huisartsen Genootschap.

Die expertise is voor de dagelijkse praktijk van de huisarts en andere beroepsbeoefenaren in de eerste lijn direct toepasbaar. Ze slaat als het ware een brug tussen 'evidence', 'experience' en het professionele handelen van alledag. Standaarden of richtlijnen op basis van wetenschappelijk evidentie vormen de relatie met het wetenschappelijk onderzoek. Die kennisbestanden bepalen op hun beurt de connectie met onderwijs en vormen uitgangspunt voor toetsing. Zo is een raamwerk tot stand gekomen van de ontwikkeling van richtlijnen voor de patiëntenzorg, toetsing (assessment), verbetering (improvement), implementatie en borging (assurance). Over de vraagstukken die zich hierbij voordoen is veel kennis verzameld, evenals over de effectiviteit van daarbij passende strategieën ³¹.

Praktijkmanagement

Een belangrijk aandachtsgebied van onderzoek van de kwaliteit van zorg betreft praktijkmanagement. Daarmee worden de condities bedoeld die nodig zijn om goede zorg te bieden: delegatie naar en samenwerking met andere beroepsbeoefenaren in de gezondheidszorg, bereikbaarheid en beschikbaarheid, registratie, administratie en automatisering, kwaliteitsbewaking en werkbelasting, gebouwen en uitrusting ³². De voorbije decennia heeft -naar mijn stellige overtuiging- de beroepsgroep te weinig aandacht besteed aan die condities, aan de infrastructurele voorzieningen. De ambachtelijke organisatievorm waarbij de praktijk samenvalt met het bedrijf waarin de huisarts als kleine ondernemer zowel voor alle soorten zorg als voor alle bedrijfsprocessen verantwoordelijk is, is niet meer van deze tijd ³³. De ondersteuning voor een huisarts bedraagt gemiddeld een tot anderhalve formatie-

plaats. Ter vergelijking, voor een ziekenhuisspecialist bedraagt die gemiddeld 10 tot 15 formatieplaatsen. De internist en chirurg hebben ook geen praktijk meer aan huis. De onderkenning van de noodzaak om onderscheid te maken tussen eigenlijke huisartsgeneeskundige taken en management taken heeft onder meer geleid tot een landelijk programma van praktijkondersteuning³⁶. Eerstelijns voorzieningen zijn nodig met voldoende informatie- en computer technologie (ICT), diagnostische faciliteiten en ondersteuning bij de zorgprocessen door paramedici.

"Dokters zelf veranderen ook - zegt Achterbergh. Een nieuwe generatie artsen streeft naar reductie van werktijden, naar een evenwicht tussen professionele arbeid en andere ambities in het leven. Hierbij komt de wens om vooral te kunnen doen waarin men zich bekwaamd heeft en niet gehinderd te worden door allerlei voorwaardenscheppende aangelegenheden"³⁵.

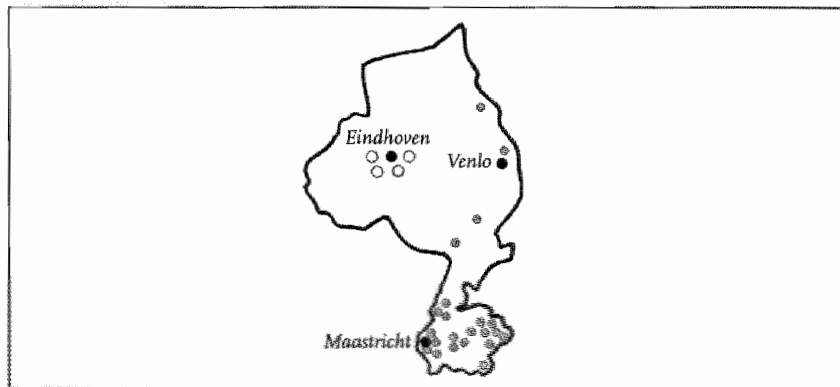
Efficiëntere en aan de tijd aangepaste bedrijfsvoering draagt bij aan de kwaliteit van onderwijs en onderzoek. Tijd komt vrij voor academische taken.

Patiëntenzorg en academische werkplaatsen

In het voorafgaande heb ik al aangegeven hoezeer de activiteiten op het gebied van onderwijs en onderzoek verweven zijn met de praktijk van de gezondheidszorg. Die wisselwerking is het kenmerk van een academische werkplaats.

Traditioneel was het academisch ziekenhuis de werkplaats van de Faculteit der Geneeskunde. Algemeen bestaat thans het inzicht is, dat werkplaatsen buiten het academisch ziekenhuis evenzeer noodzakelijk zijn voor het uitvoeren van het curriculum geneeskunde, het doen van onderzoek en voor de ontwikkeling van de patiëntenzorg ¹⁷. Voor een effectieve en efficiënte vervulling van de werkplaatsfunctie is een gestructureerde samenwerking tussen faculteit, academisch ziekenhuis, geaffilieerde ziekenhuizen en werkplaatsen buiten het ziekenhuis een vereiste.

De Universiteit Maastricht werkt reeds vele jaren wat betreft wetenschappelijk onderwijs, onderzoek, registratie en patiëntenzorg intensief samen met een gecontracteerd netwerk van 27 zelfstandige huisartspraktijken en ruim 125.000 ingeschreven patiënten, het zogenaamde academisch netwerk. De praktijken liggen verspreid over Limburg; en in de toekomst ook in en rondom Eindhoven.



Netwerk academische huisartspraktijken

De oprichting van de Behandel- en Zorgeenheid Transmurale Zorg binnen de azM-organisatie, voortkomend uit het voormalige Transmuraal & Diagnostisch Centrum, heeft de beoogde samenwerking verder gefaciliteerd. Doelstelling is om meer samenhang te brengen in de al bestaande activiteiten ten aanzien van trans-

murale zorg, met name op het gebied van de chronische aandoeningen, en nieuwe activiteiten in de zorgketen organisatorisch in te bedden. Een afdeling Huisartsgeneeskunde is daarin ondergebracht, en allianties zijn aangegaan met de thuiszorg en verpleeghuiszorg. De werkplaatsfunctie van de vakgroep huisartsgeneeskunde heeft zo een organieke en organisatorische positionering verkregen binnen het geheel van academische geneeskundige voorzieningen. Men kan dit zien als een stap in de richting van een Universitair Medisch of Gezondheidszorg Centrum ³⁸.

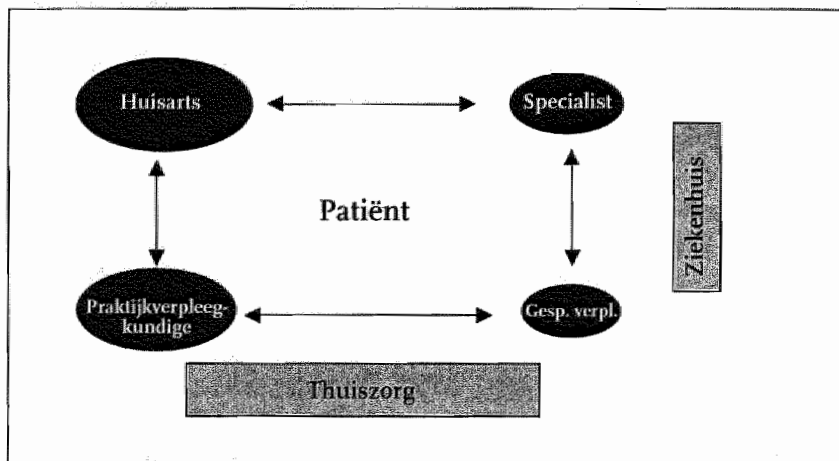
Vanaf 1999 is vanuit onze vakgroep een aantal activiteiten rond de directe patiëntenzorg gestart in de academische praktijken: systematische patiëntbesprekingen, ontwikkeling en structurering van transmurale zorginnovatie en praktijkvisitatie. Systematische patiëntbesprekingen vormen een essentieel onderdeel van een kwaliteitssysteem bij een academisch profiel. Zij dienen als momenten van reflectie. In de eerste lijn wordt nog te weinig aandacht besteed aan de betekenis van dit gebeuren. Zeker, in vele praktijken en huisartsgroepen worden besprekingen gehouden, zoals onder andere het farmacotherapeutisch overleg. Maar (multi)disciplinaire besprekingen rechtstreeks gekoppeld aan de dagelijkse zorg vinden slechts in beperkte mate plaats. Met één type is inmiddels ervaring opgedaan, de zogenaamde klinische patiëntbesprekingen (KLIP) ³⁹. Ze beogen de kwaliteit van de patiëntenzorg te verbeteren, de integratie van wetenschappelijk onderwijs, onderzoek en patiëntenzorg te bevorderen, en te leiden tot het genereren van nieuwe hypothesen. In een zestal regio's hebben deze besprekingen een vaste plaats verworven. De opbrengst bestaat uit artikelen, werkafspraken en protocollen.

Andere typen patiëntbesprekingen, die als essentieel gezien worden voor een kwaliteitssysteem van het academisch profiel zijn: ochtendbesprekingen ten behoeve van overdracht van informatie over patiënten, multidisciplinair overleg met de thuiszorg en besprekingen rondom de implementatie van standaarden van het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG).

Het netwerk is nu gereed voor een structurele aanpak van transmurale zorginnovatie modellen. Bijzonder is dat de transmurale speerpunten vanuit het azM en die van het netwerk programmatisch en wat de personele bezetting betreft aan elkaar gekoppeld zullen worden. In eerste aanleg gaat het daarbij om de klinische deelgebieden cardiologie, pulmonologie en diabetologie.

Binnen het netwerk krijgen academische huisartsen met affiniteit en expertise op de genoemde terreinen een deeltijd aanstelling om samen met intramurale collegae de verdere innovatie, evaluatie en implementatie ter hand te nemen. In de trans-

murale afdeling van het azM zullen daartoe medewerkers van klinische afdelingen deeltijds worden gedetacheerd. Niet alleen de rol van de huisartsen en ziekenhuisspecialisten wordt zo vorm gegeven. Maar hetzelfde gebeurt ten aanzien van de verpleegkundigen. De praktijkverpleegkundigen werken daarbij samen met de huisarts, de gespecialiseerde verpleegkundigen met de ziekenhuisspecialist. Hun onderlinge afstemming en taakverdeling is overeen gekomen in het zogenaamde Quattro model, waarin ook de thuiszorg gepositioneerd wordt ³⁹.



Quattro model

De uitdaging van de academische werkplaats is een voorbeeldfunctie te vervullen op het gebied van de patiëntenzorg. Een reeks van initiatieven is reeds ontplooid en ten uitvoer gebracht. Het carrouselmodel is een voorbeeld ⁴⁰. Het betreft een vorm van consult waarbij zowel de huisarts, ziekenhuisspecialist als patiënt aanwezig zijn in de huisartspraktijk. Omdat diverse specialismen achtereenvolgens in de huisartspraktijk komen, spreekt men van carrousel. Die vorm van onderling overleg leidt tot minder verwijzingen en diagnostische verrichtingen, tot kennisvermeerdering bij huisarts en specialist, en tot tevreden patiënten terwijl de kwaliteit van zorg goed is. Inmiddels is dit model een voorziening geworden, beschikbaar voor alle huisartsen in de regio Heuvelland en Noord-Limburg.

Alle praktijken van het netwerk hebben meegewerkt aan een onderzoek met behulp van het Visitatie Instrument Praktijkvoering (VIP) ³⁴. De visitatie betrof een

aantal aspecten van de praktijkvoering. De uitkomsten zijn besproken tijdens het jaarlijkse bezoek aan iedere academische praktijk. Het totaal stelde ons in staat om een indeling te maken naar de mate van academische betrokkenheid. Dat heeft geleid tot een indeling in twee praktijkprofielen, te weten: structurele uitvoering van academische taken, leidend tot excellente klinische zorg; en hetzelfde pakket plus innovatieve taken en deelname aan het beleid van de vakgroep. Met name het laatste cluster voldoet aan het kader dat door de Raad voor Gezondheidsonderzoek (RGO) is geschetst, de zogenaamde Extramurale Academische Werkplaatsen (EAW's) met de gewenste wisselwerking tussen onderwijs, onderzoek en de zorgverlening aan patiënten en populaties ⁴¹.

Hoewel op een aantal terreinen belangrijke voortgang is geboekt ten aanzien van de huisartsgeneeskundige academische werkplaatsfunctie, ontmoeten we niettemin bij de verdere uitwerking nog een aantal knelpunten. De aard van een intramurale voorziening als die van een academisch ziekenhuis is wezenlijk anders dan die van het - over de regio verspreide - extramurale netwerk van huisartspraktijken. Naast de spreiding, is er het verschil in eigendomsverhouding. De huisartsen zijn immers eigenaar van de praktijk. Ook de relatie met de patiëntenpopulatie is wezenlijk anders. De continue, persoonlijke en integrale benadering is en blijft de kern van de eerste lijn en eerstelijns geneeskunde. Maar om tot een echte en hechte klinische afdeling huisartsgeneeskunde te komen en het academisch ondernemerschap te stimuleren, zal verandering in de eigendomsverhouding en schaalvergroting noodzakelijk zijn. De professionele autonomie dient uiteraard onaangetaast te blijven. Stichtingen waarbij huisartsen en andere medewerkers in dienst zijn, zoals de Stichting Gezondheidscentra Eindhoven kunnen daarvoor als rechtspersoon dienen. Substantiële participatie in de Rijksbijdrage voor academische ziekenhuizen zal dit proces aanzienlijk bevorderen ⁴².

Huisartsenposten

Alvorens te komen tot een toekomstvisie op de huisartsgeneeskunde en de eerste lijn, wil ik toch nog een ogenblik uw aandacht vragen voor een recente ontwikkeling en dat is de huisartsenpost (HAP). In een verbazingwekkend korte tijd hebben de huisartsen in Limburg en elders zich vanwege de avond- en weekenddiensten georganiseerd in huisartsenposten. Dat zijn faciliteiten ten behoeve van 50 - 120 huisartsen, veelal in of nabij een ziekenhuis, van waaruit de diensten worden verricht.

De consequenties van deze ontwikkeling zijn aanzienlijk, voor de patiënten en de huisartsen. Naast het gemak van één vast adres voor de patiënten, is er het ongemak van afstand, selectie aan de poort en anonimiteit. De huisartsen hebben minder uren dienst, maar hebben het wel veel drukker in die uren: in plaats van waakdienst, werkdienst. Maar door de opgetreden grootschaligheid zijn ook de krachtsverhoudingen gewijzigd. Er is een sterke onderhandelingspartner opgestaan waarmee door ziektekostenverzekeraars en zorginstellingen terdege rekening gehouden wordt. Van groot belang is dat de ledenvergadering van de Landelijke Huisartsen Vereniging besloten heeft dat de beroepsgroep zelf garant staat voor 24-uurs huisartsgeneeskundige zorg ⁴². De expertise die nodig is bij deze primaire geneeskundige opvang, behandeling en selectie is bij uitstek in de huisartsgeneeskunde aanwezig. Er is dan ook geen behoefte aan een nieuw type geneeskundige. Voorts ontstaan er nieuwe mogelijkheden om de samenwerking tussen de huisartsgeneeskundige zorg en ziekenhuiszorg in een transmurale perspectief te structureren en te verbeteren. De patiënt kan daar alleen maar voordeel van hebben.

In de Maastrichtse situatie heeft het overleg met de Stichting Huisartsenpost Maastricht Heuvelland geleid tot een unieke constructie, een voorbeeld voor het land. De huisartsenpost vervult naast de gebruikelijke opvang- en behandel functie tevens de selectiefunctie voor de Spoedhulp van het academisch ziekenhuis. Inmiddels is gebleken dat door die constructie het totale gebruik van de Spoedeisende Eerste Hulp (SEH) door zelfverwijzers met 25 procent is gedaald ⁴³. In de huisartsenpost ligt de professionele autonomie en aansturing geheel in handen van de huisartsen. Maar voor ondersteunende diensten, zoals automatisering en beheer, wordt intensief samengewerkt met de transmurale afdeling in het azM. Met de vakgroep worden op termijn afspraken gemaakt over evaluatie, deskundigheidsbevordering en deelname aan onderwijs. En ik hoop dat zulks ook met de andere huisartsenposten in Limburg het geval zal zijn. Tenslotte betreft het eerstelijns werkplaatsen van grote importantie.

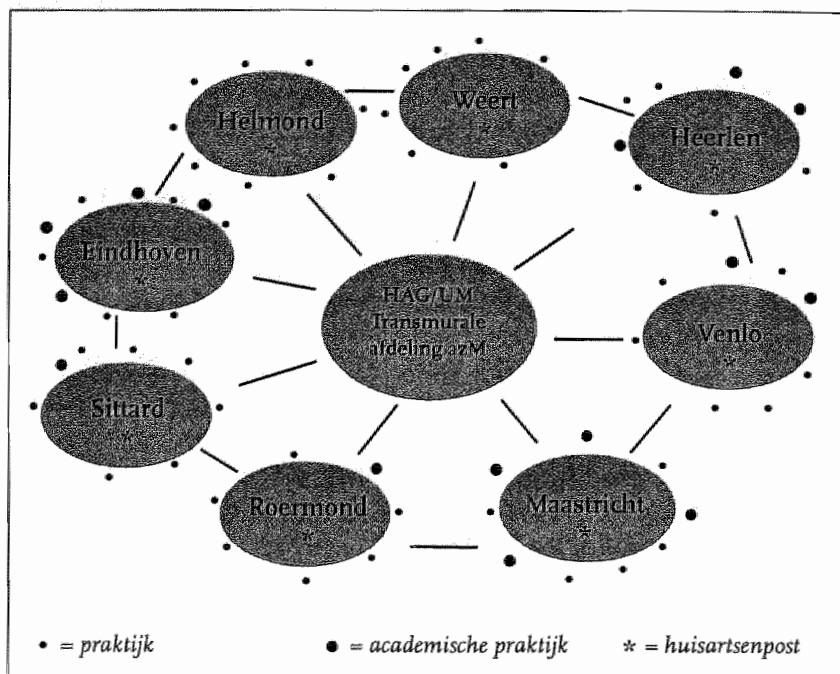
Toekomst

De voorbije jaren leken we gevangen in een spiraal van negatieve berichtgeving over huisartsen en huisartsgeneeskunde. De beroepsgroep is niet zozeer in verwarring, maar is vooral in beweging. Er bestaat bij mij geen twijfel over de zin en betekenis van het beroep. De samenleving is gebaat bij de figuur van de persoonlijke, nabije dokter en dossierbeheerder, die helpt bij het vertalen van klachten en problemen naar diagnoses, een adequate aanpak coördineert en beschikbaar is in goede en slechte tijden. De twee pijlers blijven medisch vakmanschap en hulpverlener zijn.

De cijfers van het Capaciteitsorgaan, het orgaan dat het verschil berekent tussen de medische beroepsbeoefenaren die nodig en werkelijk aanwezig zijn, zijn zeer zorgelijk ⁴⁴. Maar dat is niet het hele plaatje. Niet betrokken bij de huidige ramingen is de dynamiek die in het eerste lijnsveld gaande is ⁴⁵. De modernisering van de praktijkorganisatie vooral op het punt van multidisciplinaire samenwerking, delegatie, dienstenstructuren, lokale differentiatie en ICT kan aanzienlijk bijdragen aan een meer efficiënte taakverdeling en dus aan een verlichting van de werkdruk. De in het begin van mijn rede genoemde herformulering van de visie op de moderne geneeskundige eerstelijns zorg als voorziening, dient daarvoor de basis te leveren ⁴⁶.

Wat is de rol van de academie in deze?

Het voorgaande overzicht van onderwijs, onderzoek en kwaliteitsbewaking geeft op die vraag al antwoord. Maar om die rol van generator van hypothesen, van onderwijzer, onderzoeker, evaluator en implementator van zorginnovatie adequaat te kunnen vervullen is een omvangrijk en stevig netwerk van academische huisartspraktijken en tevens affiliatie-praktijken een conditio sine qua non. Datzelfde geldt voor de relatie academisch ziekenhuis en ziekenhuizen in deze regio. Er is behoefte aan een regionaal en transmuraal perspectief. Dat kan er als volgt uitzien.



Regionaal en transmuraal academisch netwerk

Het academisch ziekenhuis Maastricht en de Faculteit der Geneeskunde benadrukken veel meer dan tot nu toe hun regionale functie. Met de omringende ziekenhuizen worden allianties aangegaan. De huisartsenposten maken afspraken met het aanpalende ziekenhuis over een functionele taakverdeling, en de - daarvoor kiezen- de - extramurale academische werkplaatsen krijgen voldoende geld en middelen om hun rol te vervullen. De topreferente functie van het academisch ziekenhuis zal erdoor versterkt worden! Uiteraard dient de financiering de gekozen structuur te volgen, en niet omgekeerd!

Het is mijn overtuiging dat het geschetste panorama uitdagende beloften voor de toekomst inhoudt en de ultieme invulling van de basisfilosofie is. En met die vaststelling wil ik dit deel afsluiten.

Dankbetuiging

Voortdurend besef ik op de schouders van velen te staan en tegen de schouders van velen te leunen. Niet ik ben, maar wij zijn, luidt een afrikaans gezegde. En zo is het.

De leden van het College van Bestuur, in het bijzonder de voorzitter en de rector magnificus, dank ik voor hun toegankelijkheid en openheid om gedachten en plannen te bespreken, in een informele maar toch professionele sfeer.

In mijn universitaire periode van 15 jaar heb ik zeven decanen en faculteitsbesturen meegemaakt, een gemiddelde omlooptijd van iets meer dan twee jaar! Steeds was het weer spannend om te ondervinden welke kennis en affiniteit er bestond ten aanzien van de eerste lijn. Die varieerde van grote onbekendheid tot grote betrokkenheid. Eén persoon binnen het ambtelijk apparaat wil ik met name noemen, en dat is mr. Edward Steur. Voor sommigen zal dat paradoxaal lijken. Maar in het komen en gaan van bestuurders was hij voor mij lange tijd een ijkpunt. Met de huidige decaan, prof. dr. G Kootstra en directeur van de Faculteit der Geneeskunde, drs. M Foppen heb ik in diverse functies plezierig samengewerkt.

De leden van de Raad van Bestuur van het academisch ziekenhuis Maastricht, de voorzitter dr. J Carpay, drs. L Brans Brabant en drs. S Kuijer, en tevens de voorzitter van het stafconvent, prof. dr. J van Engelshoven dank ik voor hun visie om op het geschikte moment de huisartsgeneeskunde en haar beroepsbeoefenaren als partner mee te nemen in de toekomst van beide partijen. Ik verwacht daar veel van.

Als uitvloeisel van die besluitvorming mag ik nu ook de medewerkers van de transmurale afdeling danken voor hun onderdak, inspiratie en hartelijkheid. Dat geldt in het bijzonder voor zijn directeur, dr. Hans Fiolet. Dr. Ron Winkens wens ik succes met het verder positioneren van het wetenschappelijk onderzoek aldaar. Het is mijn hoop en verwachting dat deze eenheid uitgroeit tot een krachtig extra- en transmuraal centrum.

De vakgroep is 15 jaar lang mijn universitaire thuisbasis geweest. Ik bewaar daar dierbare herinneringen aan. Met velen heb ik intensief en uitermate plezierig samengewerkt. Het was een voorrecht omringd te zijn door zoveel begaafde en toegewijde medewerkers, wetenschappelijk en ondersteunend. Het is ondoenlijk eenieder van de 150 medewerkers te noemen.

Maar toch....

Zonder de secretariële ondersteuning van Ine Siegelaer, Marlies Noevers, Linda Schilder en Judith Janssen zou mijn leven minder aangenaam en productief zijn geweest. Dank daarvoor.

De medewerkers van het Gemeenschappelijk Beheers Buro, Ellen Breevoort, Erie van den Heuvel en Cecile Nijland dank ik voor hun loyaliteit en professionele ondersteuning.

Met een aantal stafleden heb ik bijna dagelijks de werkzaamheden gedeeld. Hen ben ik veel verschuldigd.

Dr. Jos op 't Root, hoofd van de sector basiscurriculum en projectleider van de kaderopleiding van het Nederlands Huisartsen Genootschap. Jos, door jouw inzet, nauwgezetheid en vasthoudendheid is de paragraaf over het onderwijs zo betekenisvol geworden, en wordt de kaderopleiding werkelijkheid

Met dr. George Beusmans heb ik steeds de primaire herkenning van huisarts-zijn gedeeld. George, jouw visie, creativiteit en werklust hebben geleid tot een grote reeks transmurale - en thuiszorgprojecten, die nu een structurele plaats hebben gekregen.

Dr. Job Metsemakers en drs. Babette Doorn zijn de hoeders van het academisch netwerk. Job en Babette, met jullie ben ik door de regio betrokken. Aan die bezoeken aan collegae in de academische praktijken bewaar ik bijzondere herinneringen. Dat geldt ook voor de bijeenkomsten van het Dagelijks Bestuur Academisering en voor de samenwerking met drs. Adam Lagro, coördinator van de patiëntbesprekingen.

Dr. Frans van der Horst was mijn trouwe metgezel bij heel wat onderzoeksprojecten. Frans, bij jou staat de patiënt echt in het centrum.

In dr. Yvonne van Leeuwen en dr. Paul Ram, hoofd en adjunct-hoofd wil ik de medewerkers van de huisartsopleiding danken. Yvonne en Paul, ondanks de gebouwelijke afstand is de gezamenlijkheid gegroeid. We delen een zelfde missie. Op het briefpapier van de capaciteitsgroep staan behalve mijzelf, nog zes hoogleraren genoemd. Bovendien is Paul Knipschild als welkome gast opgenomen. Die omvang verbeeldt de reikwijdte en diversiteit van onze discipline.

Met ieder van de collegae heb ik een eigen geschiedenis. Met Jan van Ree en Richard Grol, de eminente leider van de Werkgroep Onderzoek Kwaliteit (WOK), stamt die al uit een ver verleden in mijn Nijmeegse periode. Frank Buntinx staat garant voor de lijn naar Vlaanderen en het huisartseninstituut te Leuven, onder leiding van prof. Jan Heyrman. Bij Onno van Schayck, wetenschappelijk directeur van ExTra en de huisarts Geert Jan Dinant is het onderzoek in goede handen.

André Knottnerus en ik zijn kort na elkaar aangetreden. Het was steeds een genoeg en inspirerend om met jou, André te verkeren. Wij vulden elkaar op een vanzelfsprekende wijze aan. Jouw bijdragen aan de wetenschappelijke en daarmee ook maatschappelijke positie van de eerste lijn zijn in diverse betekenissen grensoverschrijdend.

Dr. Job Metsemakers noemde ik al eerder. Ik ben verheugd, Job, dat je geschikt en bereid bent gevonden mijn taken over te nemen. Ik heb daar alle vertrouwen in.

Verwarmend is de aanwezigheid van mijn schoonmoeder. U vertegenwoordigt in het heden op een bewonderenswaardige wijze de brug naar verleden en toekomst. Irma, Eva en Floris, en Hendrikje en Wouter zijn de kinderen, schoinkinderen van Emma en mij. We zijn daar trots op en gelukkig mee. Over mijn voornemens jegens de kleinkinderen hebt u al kunnen lezen.

Wat kan ik beter doen dan de dichtregels van Emma voorlezen, die ze 25 jaar geleden schreef voor mijn proefschrift, en die ik ook voorlas bij mijn oratie, 15 jaar geleden. Zonder haar zou ik hier niet kunnen staan!

DACHT
DAT HIJ DIT PAD
ALLEEN
BETRAD
MAAR HIJ WERKTE
IN HUN HANDEN
GREEP OM ZICH HEEN
EN BLEEF
HUILEND EN LACHEND
MET HEN SAMEN

Ik heb gezegd.

Literatuur

1. Conceptrapport Toekomstvisie van LHV en NHG. Huisartsenzorg in 2012: 'Medische zorg in de buurt'. Utrecht, 2002.
2. Crebolder HFJM. Te leer in de eerste lijn. Huisarts Wet 1987;30:308-13.
3. Anoniem. Basisfilosofie achtste Medische Faculteit. Med Cont 1972;27:879-84.
4. Redactioneel. Med Cont 1972;27:873-4.
5. Roelink H. Naar een nieuwe filosofie in de medische opleiding. Med Cont 1972;27:857-7.
6. Bensing JW. Wie wil in Nederland primary health care ? Med Cont 1984;39:141-6.
7. Lamberts H. Het sociale model in de huisartsgeneeskunde: tegenover, naast, in dankzij of ondanks het medisch model. Huisarts Wet 1972;15:369-83.
8. Anoniem. Een nieuw paradigma. Huisarts Wet 2002;45:53.
9. Griffiths F, Byrne D. General practice and the new science emerging from the theories of 'chaos' and complexity. Br J Gen Pract 1998;48:1697-9.
10. Kernick D, Sweeney K. Post-normal medicine. Fam Pract 2001;18:356-8.
11. Miller WL, McDaniel RR, Crabtree BF, Stange KC. Practice Jazz: understanding variation in family practices using complexity science. J Fam Pract 2001;50:872-8.
12. Van Weel C. Context en medisch handelen. Een visie vanuit de huisartspraktijk. Huisarts Wet 2001;44:494-7.
13. Van Leeuwen YD, Baggen JL. Huisarts en ziekte of huisarts en patiënt ? Huisarts Wet 2001;44:605-8.
14. Zwietering PJ, Hobma SO. Academische huisartsgeneeskunde bedreigd. Tekort aan geld en mogelijkheden. Med Cont 2002;57:663-6.
15. Van der Vleuten CPM. Beyond Intuition. Inaugural Lecture. Maastricht University, 1996. Datawyse/University Press, Maastricht.
16. Ram P, van der Vleuten C, Rethans JJ, Grol R, Aretz K. Assessment of practicing family physicians in a multiple-station examination using standardised patients with observation of consultation in daily practice. Acad Med 1999;74:62-9.
17. Boshuizen HPA, Schmidt HG. De ontwikkeling van medische expertise; implicaties voor het praktisch en theoretisch medisch onderwijs. In: Metz JCM, Scherpier AJJA, van der Vleuten CPM, redacteuren. Medisch onderwijs in de praktijk. Assen : Van Gorcum, 1995.

18. Crebolder HFJM, Metsemakers JFM, Op 't Root JMH, Bartholomeus P, Bouhuijs P, Boshuizen HPA. Patiëntgebonden onderwijs in de huisartspraktijk binnen de artsopleiding; het programma van de Rijksuniversiteit Limburg. *Ned Tijdschr Geneesk* 1996;140:1320-3.
19. Metz JCM, Pels Rijcken-van Erp Taalman Kip EH, van den Brand-Valkenburg BWM. Raamplan artsopleiding. Eindtermen van de artsopleiding. Nijmegen: Universitair Publikatiebureau, 1994.
20. Magzoub ME. Studies in community-based education. Thesis. Maastricht: Rijksuniversiteit Limburg, 1994.
21. Kooy LR, van Ree JW, Knottnerus A. Opleiding tot huisarts en onderzoeker. Een combinatie die veel te bieden heeft. *Med Cont* 1998;53:38:1196-8.
22. Van Leeuwen YD, Baggen JL. Specialisation in primary care. *Oxford Textbook of primary care*, chapter 8. In press.
23. Baggen JL, Dubois V, van Leeuwen YD, van Ree JW. De eerstelijns oogheelkunde onder de loupe. Verslag van een bijzonder onderwijsproject. *Med Cont* 1993;48:1003-5.
24. Kaderopleiding Huisartsgeneeskunde 1995-2000. Eindverslag. Nederlands Huisartsen Genootschap. October 2000.
25. Nationale Raad voor de Volksgezondheid. Advies Transmurale somatische zorg. Zoetermeer: NRV, 1995.
26. Crebolder H, Spreeuwenberg C, Knottnerus A. Missie geslaagd. Onderwijs, onderzoek en zorg zijn binnen de huisartsgeneeskunde een continuüm geworden. In: Uitgave van de Universiteit Maastricht, ter gelegenheid van haar 25-jarig bestaan, 2001.
27. Lamberts H, Wood M, eds. *International Classification of Primary Care (ICPC)*. Oxford: Oxford University Press, 1987.
28. Metsemakers JFM, Höppener P, Knottnerus JA, Kocken RJJ, Limonard CBG. Computerized health information in the Netherlands: a registration network of family practices. *Br J Gen Pract* 1992;42:102-6.
29. Rapport van de Commissie Geneeskunde, Subcommissie Gezondheids-(zorg)wetenschappen van de Koninklijke Nederlandse Akademie van wetenschappen, 1991.
30. Knottnerus JA, Dinant GJ. Medicine based evidence, a prerequisite for evidence based medicine. *BMJ* 1997;315:1109-10.
31. Van Leeuwen YD. De ervaringskennis van huisartsen. *Huisarts Wet* 1998;41:80-4.

32. Discipline Report on (Bio)Medical and Health Sciences Research in the Netherlands, 1998. Medical Committee Royal Netherlands Academy of Arts and Sciences, 1999.
33. Grol R, Wensing M (redactie). Implementatie. Effectieve verandering in de patiëntenzorg. Elsevier Gezondheidszorg. Maarssen, 2002.
34. Van den Hombergh P, Grol R, van den Hoogen HJM, van den Bosch WJHM. Assessment of management in general practice. J Gen Pract 1998;48:1743-50.
35. Achterbergh D. Huisartsenzorg na Woudschoten: intenties te over, organisatie te kort. Huisarts Wet 2002;45:15-8.
36. Praktijkondersteuning, praktijkverpleegkundige en de toekomstige organisatie van de huisartsenzorg. LHV-brief, ledenvergadering maart 1999.
37. Lamberts SWJ. Kwetsbaarheid van wetenschappelijk onderzoek in universitair-medische centra. Ned Tijdschr Geneesk 2002;146:52-5.
38. De Kock CA, Crebolder HFJM, Beusmans GMHI, Gielen-van Steenberghe Horrocks. Patiëntbesprekingen in academische praktijken. Opzet en eerste inventarisatie. Med Cont 1997;52:1177-8.
39. Beusmans G, Crebolder H, van Ree J. Zorg voor chronisch zieken. Praktijkverpleegkundigen breed inzetten. Med Cont 2001;56:259-62.
40. Schulpen GJC, Vlek JFM, Vierhout WPM, Wesselingh-Megens, Crebolder HFJM. Het win-winconsult. Med Cont 2002;57:423-5.
41. Raad voor Gezondheidsonderzoek. Werkplaats buiten het academisch ziekenhuis (advies 21). Den Haag, augustus 2000.
42. Extra Ledenbrief LHV, nr. 18, december 2001.
43. van Uden CJT, Ament A, Crebolder HFJM et al. Evaluatie Centrale Huisartsenposten Maastricht/Heuvelland en Oostelijk Zuid Limburg (Nightcare). Een eerste beschrijving van patiëntenstromen, 2002. Bze Transmurale Zorg, aZM.
44. Leliefeld HJ, Holland PCHN. Toekomstig evenwicht. De nieuwste cijfers van het Capaciteitsorgaan. Med Cont 2002;57:660-2.
45. Reactie van minister Borst: 'Rekening houden met veranderend beleid'. Med Cont 2002;57:662.